



PASS LAS

## 1<sup>ère</sup> vague de réponses du Pr. Baqué

### APPAREIL DIGESTIF

En rouge ce qu'il faut retenir – en gris mes annotations

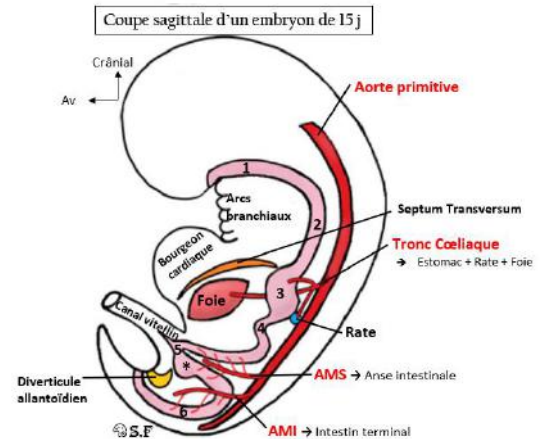
- 1- Sachant que l'AMS vascularise la partie droite du côlon transverse, et que l'AMI vascularise la partie gauche du côlon transverse. **Le mésocôlon transverse véhicule à la fois des collatérales de l'AMS et de l'AMI, vascularisant le côlon transverse.**  
 Ou bien est-ce que l'AMS circule uniquement dans le mésentère ?  
 Oui, l'AMS circule dans le mésentère, mais ça ne me viendrait pas à l'esprit de dire « uniquement » dans un QCM, c'est vicieux...  
 ⇒ *l'AMS circule dans le mésentère (et dans le mésocôlon transverse, mais le prof n'en parle pas en cours)*
  
- 2- Vous dites en cours que l'abdomen est compris entre le diaphragme thoraco-abdominal et le diaphragme pelvien. Et que la limite supérieure de la région abdomino-pelvienne correspond à la ligne bi-iliaque. **Quelle est la limite inférieure de la région abdomino-pelvienne ?**  
**Le diaphragme pelvien**  
**Quelles sont les limites de la région pelvienne ? Est-ce le péritoine qui sépare la cavité abdominale de la cavité pelvienne ?**  
 Non, on peut considérer que la limite supérieure de la région abdomino-pelvienne, c'est le plan qui passe par le bord antérieur de la symphyse pubienne, la ligne de Malgaigne, la crête iliaque et le processus transverse de L5 ; mais si je n'ai pas donné de définition précise, je ne poserai pas la question.
  
- 3- A propos des 5 branches terminales de l'artère iléo-colique, vous mentionnez l'une d'entre elle comme étant « le long du côlon ». Et vous dites que « L'artère iléo-colique droite est très importante, car elle va permettre la continuité entre deux territoires vasculaires : celui de l'AMS, et celui de l'AMI ». Puis vous parlez de l'arcade de Riolan, ou « arcade bordante du côlon », qui permet la jonction vasculaire entre les deux artères mésentériques.  
**Ainsi, doit-on comprendre que l'arcade de Riolan correspond à une des 5 branches terminales de l'artère iléo-colique ? NON**  
L'arcade de Riolan est en réalité l'anastomose entre le territoire de l'AMS et de l'AMI.  
 Donc c'est uniquement la portion de l'arcade artérielle bordante située entre la dernière branche de l'AMS (qui est la colique moyenne (colica media) et la 1<sup>ère</sup> branche de l'AMI qui est la colique angulaire gauche (c'est variable).  
**J'ai donc fait une petite imprécision.**  
**Le rameau issu de l'artère iléo-colique qui longe le colon prend en réalité le nom de « rameau colique ascendant » et pas encore le nom d'arcade de Riolan.**

- 4- En cours vous dessinez en vue sagittale un embryon de 15j, quand l'an dernier le Pr. Bronsard parlait, pour le même schéma, d'un embryon de 5 semaines. Selon moi le schéma correspondrait plus à un embryon de 5 semaines (en voyant le bourgeon cardiaque & les arcs branchiaux).

**Maintenez-vous le fait qu'il s'agisse d'un embryon de 15j ?**

**Bien vu, c'est une faute de ma part, c'est effectivement 5**

**semaines.** Je corrigerai pour les prochains sujets tut.



- 5- **L'Artère hépatique propre** du foie est mentionnée comme faisant partie des **éléments fonctionnels du pédicule hépatique**. Mais dans la mesure où cette artère vascularise le parenchyme hépatique, pourquoi n'est-elle **pas plutôt un élément nourricier** plutôt que fonctionnel ?

Ce sont les collatérales à destinée biliaire de l'artère hépatique qui sont des éléments nourriciers.

**L'artère hépatique proprement dite** est classée avec les **éléments fonctionnels**, même si on ne meurt pas (en général) après une thrombose complète de l'artère hépatique.

- 6- Vous dites que le ligament rond du foie est "un vestige de la thrombose vasculaire de la veine ombilicale gauche". Or dans le cours de maïeutique "Développement placentaire", il est dit aux étudiants que la veine ombilicale droite régresse et qu'il ne reste que la veine ombilicale gauche...

**Simplement, confirmez-vous que c'est bien la thrombose de la veine ombilicale gauche qui donne le ligament rond ?** (pour être sûre qu'il ne s'agisse pas d'une erreur)

**Oui, la veine ombilicale droite régresse, la gauche se thrombose à la naissance** (pour donner le ligament rond).

- 7- A propos de la **pancréatite aiguë biliaire** :

Vous expliquez en cours qu'une lithiase biliaire est un petit « cailloux » qui migre dans le canal cholédoque et bloque l'excrétion de suc pancréatique & de bile, ne pouvant plus être excrétés, il vont s'activer dans le pancréas, provoquant l'auto-digestion du pancréas : c'est une pancréatite aiguë biliaire dite nécro-hémorragique.

Je ne comprend pas en quoi un calcul bloqué dans le canal cholédoque pourrait provoquer une pancréatite aiguë biliaire (et non pas plutôt une angiocholite), puisque l'excrétion des sucs pancréatiques, qui se fait en aval, n'est pas censée être bouchée.

Selon moi ce serait plutôt un calcul dans le sphincter d'Oddi par-exemple qui entraînerait une pancréatite aiguë biliaire, qu'en pensez-vous ?

**C'est sur ce genre de questions qu'on voit que vous êtes complètement formatés...** 😊 *sah quel plaisir*

**Un calcul bloqué dans le bas cholédoque (sphincter d'oddi et ampoule de Vater si tu veux c'est bon aussi...) peut donner une angiocholite et/ou une pancréatite aiguë biliaire.**

⇒ On retient : **pancréatite aiguë biliaire = angiocholite**, sans aller chercher plus loin

**8- A propos des hiatus diaphragmatiques :**

Vous dites que le diaphragme possède une portion horizontale qui est traversée par l'oesophage.

Vous dites également que la portion horizontale comporte le centre phrénique, fibreux, qui va être perforé d'un orifice : le hiatus de la VCI.

L'an dernier le Pr. Bronsard disait plutôt que **la portion horizontale du DTA** était perforée par le **hiatus de la VCI**, tandis que la **portion verticale du diaphragme** était perforée par le **hiatus de l'oesophage et de l'aorte**.

**Maintenez-vous le fait que la portion horizontale du diaphragme est perforée par le hiatus œsophagien ?**

**Non Bronsard a raison, l'oesophage traverse la portion verticale, c'est une erreur**

**9- Besoin de confirmation :**

En cours vous dites que : « Quand on a des énormes calculs dans la vésicule biliaire, il va en résulter des phénomènes inflammatoires. Lorsqu'ils sont trop gros pour passer dans le conduit cystique, on peut avoir des infections qui se propagent directement au duodénum. C'est ce que l'on appelle une fistule cystico-duodénale : ça signifie que la vésicule va s'accoler au duodénum, et le calcul, trop gros pour être évacué, va passer dans le tractus digestif. S'il est trop gros, il sera coincé dans la partie distale du grêle, entraînant une obstruction du TD : c'est l'iléus biliaire. »

L'étudiante avait du mal à comprendre comment le calcul pouvait être évacué dans le tractus digestif alors qu'il était trop gros pour passer le conduit cystique.

Voici ce que je lui ai répondu, **pourriez-vous me dire si c'est bien correct ? C'est exact**

« Il y a un gros calcul biliaire > la bile ne peut plus être normalement évacuée par le conduit cystique, qui est bouché > le corps va créer un passage collatéral pour évacuer la bile dans le duodénum : c'est la fistule cystico-duodénale > le cailloux va donc s'évacuer dans le duodénum (partie initiale de l'intestin) et comme le diamètre de l'intestin décroît, le calcul va migrer jusqu'à arriver dans l'iléon où il va se bloquer : c'est l'iléus biliaire. »

**10- En cours vous dites que l'intestin grêle comporte 2 parties : le jéjunum et l'iléon. Mais normalement le duodénum correspond à la partie initiale de l'intestin grêle. Donc est-ce que l'intestin grêle ne comprend pas plutôt 3 parties : le duodénum, le jéjunum, et l'iléon ?**

**Exact, 3 parties**

Pour finir, je citerais le boss des boss

**« Merci pour ce que vous faites pour les petits**

**Bon courage**

**PB »**